



A preencher pelos serviços da TEM

Associado n.º _____

Data de admissão: ____/____/____

Delegação: _____

Direcção: _____

Por favor, preencha com letra legível

DADOS PESSOAIS (preenchimento obrigatório):

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: ____ - ____ Localidade: _____

Freguesia: _____ Concelho: _____

Tel: _____ Telemóvel: _____ N.º de Contribuinte: _____

E-mail _____

Autorizo a TEM a enviar a correspondência por email.

Data de nascimento: ____ / ____ / _____ Profissão: _____

Quota anual:

Associado Activo – 15 € Associado Benfeitor – _____ € (valor mínimo de 60 €)

NIB - 0032.0663.00209376618.43 (enviar cópia do talão de multibanco ou de depósito)

DADOS PESSOAIS (preenchimento facultativo):

Amigo Familiar Doente – Qual é o seu hospital? _____

Nome para contacto: _____ contacto: _____

Assinatura: _____

(ao assinar, o proponente a sócio compromete-se a respeitar os Estatutos da TEM e os respectivos regulamentos internos)